



RECLAMACIÓN DE SALARIO DE EMPLEO
 Departamento de Labor y Crecimiento Económico
 Sección de Horas y Sueldos
 7150 Harris Drive, Box 30476
 Lansing, MI 48909-7976
 Teléfono (517) 322-1825
 www.michigan.gov/wagehour

¡IMPORTANTE! Si Ud. presenta su reclamación al Departamento de Labor y Crecimiento Económico, está seleccionando un remedio que puede limitar su derecho de presentar su reclamación en otros foros, inclusive en una corte o tribunal civil.

<p>Autoridad: Decreto 390, Decretos Públicos de 1978 enmendados Decreto 154, Decretos Públicos de 1964 enmendados Decreto 166, Decretos Públicos de 1965 enmendados</p> <p>Cumplimiento: Voluntario Castigo: Ninguno</p>	<p>El Departamento de Labor y Crecimiento Económico no discriminará en contra de ninguna persona o grupo por razón de su raza, religión, edad, origen nacional, color, estado civil, incapacidad o creencia política.</p>
---	---

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO <i>Por favor imprimir su nombre .</i>	INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA
Su Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	Nombre de la Compañía, Negocio, Empresa, o Patrón
Dirección (Calle y Número de la Calle, y Número de Apartamento)	Dirección del Negocio (Nombre y Número de la Calle) <i>Devolveremos su reclamación si no tiene la dirección de la compañía.</i>
Ciudad, Estado, Código Postal	Ciudad, Estado, Código Postal
Condado	Condado
Dirección del lugar donde trabajaba	Si el empleador ya no se encuentra en la dirección indicada arriba, ¿dónde se le puede encontrar?
Número de Seguro Social / Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Número de teléfono (incluya Número del Área)
Número de Teléfono (incluya Número del Área)	Dirección de correo electrónico:
NÚMERO DE TELÉFONO (LUNES A VIERNES DE 8:00 A.M. A 5:00 P.M.)	NÚMERO DE EMPLEADOS:
Dirección de correo electrónico:	NOMBRE DEL SUPERVISOR O EL ENCARGADO DEL MANEJO DE LA COMPAÑÍA:

PARA USO OFICIAL

CLAIM No.:	ACTION:	REVIEWER:	DATE:
AMOUNT, NATURE AND DATES OF CLAIM:		CC:	

LA CANTIDAD RECLAMADA — SE LE DEVOLVERÁ SU RECLAMACIÓN SI NO INCLUYE UN TOTAL

Explique cómo Ud. Calculó la(s) cantidad(es) que indicó de sueldo, sobretiempo / o beneficios suplementarios.
 Use esta área para mostrar su matemática ex: \$8.00 x 5 hrs = \$40.00. Se puede usar otra hoja para proveer información

	Total Reclamado:
	\$

Fechas por las que reclama pago. Desde: _____ Hasta: _____

Fecha del primer día de empleo: _____ Último día de empleo: _____

Condición actual de su empleo: ' Dejé el trabajo ' Lo despidieron ' Está empleado todavía

Si lo despidieron, escriba la razón que le dio el empleador o patrón para desocuparlo.

COMPENSACIÓN:	Por hora \$	Salario \$	Comisión \$	Otro \$
----------------------	----------------	---------------	----------------	------------

¿Si asalariado, cuántos días trabajo por semana o período?

Cuan frecuentemente eran su pagados ' cada semana ' cada dos semanas ' dos veces por mes (cada 15 días) ' cada mes

¿Qué clase de trabajo desempeño?

FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:	SÍ	NO
---	-----------	-----------

¿Pidio por su sueldo o beneficios suplementarios?		
---	--	--

¿Ha Ud. mantenido un récord de las horas que Ud. ha trabajado? Provee una copia		
---	--	--

¿Ha Ud. guardado recibos de: los descuentos de su cheque las horas trabajadas, los talones de cheque? Provee una copia		
--	--	--

¿Si está reclamando beneficios suplementarios, hay un contrato o póliza por escrito? Provee una copia		
---	--	--

¿Es su reclamacion porque el empleador no pago el minimo o tiempo y medio por horas en exceso de 40 por semana?		
---	--	--

¿El negocio hace más de \$500,000 / año o transporta mercaderias fuera de Michigan?		
---	--	--

¿El negocio tiene más de 15 empleados?		
--	--	--

¿Había un acuerdo colectivo que gobernaba los términos y condiciones de su trabajo?		
---	--	--

¿Eran sus horas reguladas por el empleador?		
---	--	--

¿El empleador le dijo cómo hacer el trabajo?		
--	--	--

¿El empleador le hizo descuentos por los impuestos (las contribuciones)?		
--	--	--

¿En cuál forma se reportaron sus ganancias? La forma W2 La forma 1099 Provee una copia		
--	--	--

Si Ud. ha usado otras hojas para explicar información suplemental, favor de anexarlas a esta Reclamación. Anexe también una copia de cualquier documento o comprobante que tenga que respalda su reclamación, tal como un contrato de empleo, declaraciones de comisión, facturas, récords de horas, talones de cheque, póliza o contrato de beneficios suplementarios por escrito.

CERTIFICACIÓN: Yo certifico que de acuerdo con mi buena fe y conocimiento, esta es una declaración verdadera de salario o beneficios suplementarios que se me aduedan. Yo comprendo que mi reclamo se investigará y no hay garantía que el sueldo/beneficios suplementarios me sean aduedados. Yo informaré el departamento si cualquier de lo siguiente ocurre: el cambio de nombre, dirección, número telefónico para mi; o del patrón; o si recibo pago directo/o hay un arreglo de reclamación.

 FIRMA DEL RECLAMANTE	Fecha _____
---	-------------